

DIÁSPORA E MATERNIDADE DA MULHER GUINEENSE E CABO-VERDIANA EM PORTUGAL: NOS TRILHOS DA INTEGRAÇÃO

LÍGIA MOREIRA ALMEIDA^{*}; JOSÉ CALDAS^{**E***}

^{*}Instituto de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (ISPUP/FMUP)

^{*,**}Centro de Investigação e Intervenção Educativas, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (CIIE/FPCEUP)

^{*,**}Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship

ligia_almeida@fpce.up.pt | jcaldas@fpce.up.pt | healthandcitizenship@fpce.up.pt

Resumo

Os imigrantes guineenses e cabo-verdianos, particularmente mulheres em diáspora, enfrentam frequentes dificuldades na integração precoce, mas ao longo do tempo e entre gerações, esse processo é geralmente bem-sucedido. Este estudo resulta da recolha de informação privilegiada entre o contingente feminino de Cabo Verde e Guiné-Bissau com residência na área metropolitana do Porto, através de entrevistas semiestruturadas com membros da Associação dos Guineenses do Porto e Associação Cabo-verdiana do Norte de Portugal. Da investigação em curso, antevê-se que a maioria das queixas incide sobre a interpretabilidade da lei e sua usurpação por parte de quem recebe os imigrantes. Paralelamente, a crescente burocratização associada às Instituições que o Estado Português disponibiliza para superintender a entrada dos imigrantes em território nacional revela-se extremamente danosa, vincando nos seus percursos de vida as vulnerabilidades decorrentes do processo migratório.

Palavras-Chave: Imigrante, mulher, mãe, diáspora, saúde materno-infantil

*

ESTADO DA ARTE

As tendências migratórias representam oportunidades de evolução irrefutáveis para a União Europeia, atendendo a necessidades específicas do mercado de trabalho, essenciais à manutenção (reconfiguração?) da sua estrutura social, e para a retoma do desenvolvimento económico e cultural. Em Portugal, nos últimos anos, os censos demonstram que os fluxos migratórios desempenharam um importante papel contrariando o envelhecimento demográfico (natalidade decrescente entre mulheres autóctones, sendo as migrantes que mais contribuem para a manutenção das taxas de fertilidade, fecundidade e nascimentos) (Caldas, 2007; Padilha & Miguel, 2009).

SAÚDE COMO BARÓMETRO DE INCLUSÃO

Um dos mais nobres desafios acometido pelos fenómenos migratórios prende-se com a prestação universal e equitativa de cuidados de saúde, sendo fulcral a acessibilidade e qualidade de serviços, independentemente do sexo, etnia ou país de origem – saúde como direito universal (Fernandes & Miguel, 2009). Saúde e garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes,

consistindo uma das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e direitos civis (Dias & Rocha, 2009; Ingleby, Chimienti, Hatziprokopiou, & Freitas, 2005).

A evidência científica mostra que as populações imigrantes têm um maior risco de contrair doenças, tais como doença cardiovascular, evidenciando taxas mais elevadas de prevalência de diabetes e mortalidade associada ao cancro, em comparação com as populações nativas; os migrantes apresentam igualmente maior risco de contrair doenças infecciosas como a tuberculose, HIV e hepatite (Rumbold et al., 2011). Evidenciam ainda um maior risco de sofrer de doença mental, incluindo depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático, como resultado da interação de determinantes psicossociais específicos (Bunevicius et al., 2009).

Linhas de investigação contemporânea em saúde, desenvolvendo ideias mais ou menos recentes, têm vindo a recuperar tendências de pesquisa ora desenvolvidas ora estrategicamente abandonadas (e.g. epidemiologia social), e que atribuem um papel preponderante aos aspetos sociais no desenvolvimento e experiências de doença. Assim, torna-se premente considerar os contextos onde residem e se movem os contingentes migrantes nos países de acolhimento a fim de compreender os comportamentos de saúde, as especificidades culturais e as crenças que os acompanham na demanda pela procura de serviços e as trajetórias de doença, concebendo a saúde no contexto onde ela se desenvolve, articulando constructos de pobreza, nível socioeconómico e educação na determinação do estado de saúde, favorecendo a compreensão de alguns fenómenos epidemiológicos que se revelam de extrema utilidade nas linhas de investigação em saúde pública (OMS, 2010).

A equação explicativa da saúde individual e coletiva é efetivamente complexa, multivariável e multimodal. Ao domínio biológico, bioquímico da saúde física há que acrescentar, como verificado, todo um *background* sociológico e contextual associado a variáveis sociais, culturais e educativas, mas também o mundo da experiência psicológica individual inerente à migração, à experimentação do processo migratório e dos desafios pessoais que daí advêm. Assim, é impossível conceber a saúde sem considerar características pessoais como a resiliência, a tolerância à frustração e a gestão do *stress* mediante um contexto de frequente isolamento e ausência de suporte social. Investigadores internacionais começam a debruçar-se sobre os efeitos do stresse racial em mulheres africanas de diferentes gerações migratórias, identificando-o como um dos fatores causais para as altas taxas de parto prematuro (Harutyunyan, 2008; Gushulak, Pace & Weekers, 2010). O *stress* crónico pode interferir e deteriorar o funcionamento do sistema hormonal e imunológico, exacerbando funções inflamatórias e comprometendo a eficiência das ações metabólicas (Harutyunyan, 2008).

Deste modo, fatores sociais e psicossociais frequentemente induzem uma vulnerabilidade crescente durante a gravidez (complicações psicopatológicas antes e/ou após o parto - depressão pós-parto, psicose e depressão (Bunevicius et al., 2009; Rumbold et al., 2011) - exacerbada por stressores associados ao processo de migração), pelo que os cuidados de saúde materna e infantil devem ser alvo de especial atenção (Bunevicius et al., 2009). Numa exploração preliminar dos indicadores gerais de saúde disponibilizados para a caracterização das populações migrantes, verifica-se tendencialmente que este contingente apresenta mais complicações sexuais e reprodutivas, os resultados da gravidez tendem a ser empobrecidos (incidência superior de bebés pré-termo e com baixo peso ao nascer), maior mortalidade materna, neonatal e infantil, mais abortos espontâneos, uma maior incidência de depressão pós-parto, seguimento ginecológico irrisório e educação pré-natal precária (Carballo, 2009).

METODOLOGIA

O presente artigo resulta de um Projeto de Investigação financiado pela FCT, “Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes” (Ref.: PTDC/CS-SOC/113384/2009), ainda a decorrer. No âmago da investigação encontra-se o estudo e observação da “cidadania da saúde” e seus determinantes, visando a saúde das mulheres imigrantes grávidas e o acesso aos cuidados de saúde materno-infantis como um elemento fulcral para a promulgação dos direitos da cidadania em Portugal.

OBJETIVOS

Os objetivos da investigação original prendem-se com a análise do papel da cultura da população imigrante e autóctone com o intuito de perscrutar se existem desigualdades nos acessos aos cuidados de saúde materna, considerando todos os atores deste contexto. Pretende-se ainda proporcionar ferramentas essenciais às boas práticas no domínio dos cuidados da saúde materna, pelo desenvolvimento de uma avaliação multimétodo das necessidades de saúde desta população.

PARTICIPANTES

Este projeto tem como participantes principais mães recentes imigrantes e portuguesas, residentes na área metropolitana do Porto. As imigrantes são filhas de pais estrangeiros e nasceram elas próprias fora do território nacional: países de Leste, Brasil e PALOP (grupos étnicos mais representativos do contexto imigratório português). Desta conjuntura, destacámos e analisámos os discursos e experiências das mulheres oriundas de Cabo Verde e Guiné-Bissau, junto das quais se procedeu à explicação geral do estudo e

objetivos, monitorização de autorização para a realização de gravações áudio das entrevistas, interesse e *compliance* em participar desta pesquisa, e recolha de consentimento informado.

PROCEDIMENTOS

O protocolo da investigação original segue uma metodologia de recolha e análise de dados mista (interface quantitativa e qualitativa). A amostra foi intencional, e respondeu aos seguintes critérios de inclusão: foram recrutadas mães recentes, com crianças de idade inferior a 36 meses (contemplando todo o espectro da idade fértil), residentes no Porto e AMP, cujos pais não tenham nascido em Portugal (no caso das migrantes).

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas (num total de 31), atendendo à nacionalidade/proveniência das mulheres: onze a mulheres PALOPS (considerando, à partida, a limitação inerente às diferenças culturais entre países aqui incluídos), sete a mulheres de Leste, sete a brasileiras e sete a portuguesas, em fases similares de maternidade.

Após a recolha dos dados qualitativos, efetuou-se uma interpretação compreensiva da informação resultante (análise de conteúdo e categorias de informação emergidas), a ser posteriormente confrontada com dados quantitativos. O presente artigo reverte sobre os primeiros dados qualitativos recolhidos, pela aposta deliberada na perspetiva holística e de compreensão de informação sensível na ótica dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde, que permita identificar e entender os padrões de procura, o acesso e a utilização efetiva dos serviços disponibilizados. Através de estratégias qualitativas (entrevistas semiestruturadas), pretendeu efetuar-se o levantamento de necessidades percebidas e desafios culturais que potencialmente influenciam as percepções subjetivas da população migrante (Dias & Rocha, 2009), e que podem condicionar a procura e adesão às terapêuticas e a efetivação de comportamentos de saúde aconselhados.

A REALIDADE DAS IMIGRANTES CABO-VERDIANAS E GUINEENSES: RESULTADOS QUALITATIVOS

Procurou efetuar-se uma análise sistemática dos dados sobre as informações recolhidas entre o contingente feminino referido (que envolveu um processo de busca e organização de transcrição de entrevistas, notas de campo e demais matérias), com o objetivo de aumentar a compreensão desses mesmos materiais (Bogdan & Binklen, 1994) através de técnicas de análise de conteúdo. Procurou apreender-se unidades de análise a partir de categorias informacionais emergentes dos discursos das mulheres, essenciais à elaboração de uma grelha de leitura concisa para codificação e análise dos dados.

Estabeleceram-se assim três categorias principais, Acesso e Utilização do SNS (1), Saúde Geral e Reprodutiva (2) e Processo Migratório (3), cada uma com diversas subcategorias (ver Tabela 1). Para todas elas se procurou obter e veicular excertos elucidativos dos discursos das mães, que se reunirão de seguida.

A primeira categoria informativa, Acesso e Utilização do SNS, constitui-se de oito subcategorias: a) Estado de Saúde; b) Acesso ao SNS; c) Perceções sobre o acesso e a qualidade; d) Comparação dos serviços Portugal – País de origem; e) Barreiras; f) Facilitadores; g) Lacunas e falhas percebidas no SNS; e h) Barreiras não identificadas. Tomando esta subgrelha de análise, encontraram-se algumas informações relevantes que dão conta da necessidade de deslocação do ponto de atenção e enfoque das políticas de saúde pública da garantia de acessibilidade das imigrantes grávidas aos cuidados de saúde (preposição relativamente alcançada a nível nacional) para a assegurar a qualidade na prestação destes cuidados (tendência que se verifica na maioria dos países europeus que partilham da premissa da saúde como direito universal) (Éssen *et al.*, 2002; Malin & Gissler, 2009; Fedeli *et al.*, 2010).

Relativamente à subcategoria “Estado de Saúde”, observa-se que os conteúdos emergidos são variáveis. As imigrantes são habitualmente saudáveis, apenas reportando problemas de saúde *minor* ou resolvidos aquando da chegada a Portugal.

I33 (Guiné-Bissau): “Não tinha assim problemas...”

K16 (Cabo Verde): “Sim, antes... agora não. (...) Bom, então só tenho problema de hipertensão... mas já está normalizado. Mas em Cabo Verde, eu sofri um aborto aos 7 meses. Por causa do problema do útero, e só vieram a descobrir isso mais tarde!”

No que concerne à subcategoria “Acesso ao SNS”, tanto as mulheres guineenses como as cabo-verdianas referem não ter experienciado entraves significativos quanto à acessibilidade aos serviços de saúde e repercussão nos cuidados recebidos.

I33 (Guiné-Bissau): “Costumo sim, costume... só quando preciso! (...) agora do bebé é que eu vou mais...”

K16 (Cabo Verde): “(...) estou acostumada a utilizar os serviços de saúde.”

No que concerne à subcategoria “Perceção sobre o acesso/qualidade”, existe a referência à satisfação com o atendimento, nomeadamente nos serviços de maior proximidade (cuidados de saúde primários), que as próprias mulheres associam à experiência de gravidez.

I33 (Guiné-Bissau): “Eu sou bem atendida...”

K16 (Cabo Verde): “(...) sempre fui bem atendida, (...)atenderam-me na hora, tive bom atendimento, os médicos sempre falaram comigo bem, nunca mostraram aquela diferença...”

Relativamente à “Comparação dos serviços Portugal – país de origem”, existe tendencialmente uma perspetiva de melhor qualidade dos serviços e do atendimento nos serviços de saúde públicos em Portugal, tal como esperado, identificando-se algumas semelhanças particularmente quanto ao tempo de espera para atendimento.

I33 (Guiné-Bissau): “Não sei o que dizer... Eu estive grávida... em 2009, e meu bebé morreu no hospital. E eu não sei porquê morreu... Diz que Guiné é pior, e é. Mas eu não peguei sorte.”

K16 (Cabo Verde): “Aqui é muito melhor, porque o atendimento é mais completo, e lá em Cabo Verde... muitas coisas que eles fazem aqui, não fazem em Cabo Verde porque não temos meios.”

No que diz respeito a “Barreiras”, os discursos são variáveis uma vez que se relacionam com experiências e percursos pessoais, maioritariamente idiossincráticos, sobre a perceção de dificuldades a vários níveis, e sobre até que ponto estas interferiram e prejudicaram os objetivos e intenções de demanda por determinados serviços e especialidades clínicas.

I33 (Guiné-Bissau): “O meu marido vem sempre comigo, eu falo dialeto e português com mais dificuldade... ele ajuda sempre.”

V36 (Cabo Verde): “As que surgiram, foram sempre tratadas no momento, com demora, mas pronto... tratadas.”

Relativamente a aspetos “Facilitadores”, estes são percebidos como relativamente escassos entre as mulheres cabo-verdianas, destacando-se breves referências ao período da gravidez.

K16 (Cabo Verde): “...talvez porque aqui as grávidas são prioridades.”

Na subcategoria “Lacunas e falhas percebidas no SNS” evidencia-se um padrão subliminar: sistematicamente, as mulheres cabo-verdianas denotam uma postura mais analítica e autónoma na apreciação dos cuidados de saúde. As eventuais contingências desta posição crítica serão analisadas posteriormente. De momento, resta ressaltar que os aspetos mais depreciativamente avaliados pelas mulheres cabo-verdianas dizem predominantemente respeito a uma visão estatal, de políticas sociais e de saúde pública insuficientes para uma resposta adequada às necessidades que evidenciam (ainda afastada da necessária humanização e interculturalidade ao nível das práticas).

N35 (Cabo Verde): “(...) o atendimento é um pouco demorado, uma pessoa fica lá horas e horas à espera para ser atendida (...) depois às vezes quando chego lá (Hospital), ...não examina muito bem, já quer mandar embora, porque tem muitas pessoas a seguir!”

V36 (Cabo Verde): “(...) eu não gosto de SASU. A minha filha pode ficar doente, eu não levo ao SASU. Para quê? Já levei ela ao SASU aí 3 vezes, eles nem tocam na miúda, dizem que está tudo bem!”

Relativamente à última subcategoria referente a “Barreiras não identificadas”, ressaltam-se conteúdos de informação que as mulheres não identificam como comprometedores da qualidade dos serviços recebidos (especialmente no caso das mulheres guineenses).

I33 (Guiné-Bissau): “Eu sou bem atendida... pronto, a única coisa é que, quando ia à consulta é que eu ficava à espera muito tempo para chamar...” (perdeu um filho em 2009).

N35 (Cabo Verde): “Às vezes nem pergunto o que é que ela (filha) tem... não é porque não estou interessada..., sei lá! Às vezes fico... não sei.” (desconforto no decorrer das consultas, quando não percebe a mensagem do médico).

A segunda categoria de informação, Saúde Geral e Reprodutiva, abrange sete subcategorias distintas: a) Cuidados de saúde materno-infantis; b) Estratégias de gestão das dificuldades; c) Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde; d) Consequências da qualidade de atendimento; e) Métodos anticoncetivos – Informação; e f) Métodos anticoncetivos – Uso e decisão. Verifica-se, na generalidade, que as mulheres cabo-verdianas e guineenses reportam bons níveis de saúde geral antes de imigrarem, com algumas exceções pontuais. Identificam maioritariamente barreiras burocráticas e/ou de desinformação por parte de pessoal não técnico (e.g. serviços administrativos e de secretariado) numa primeira abordagem aos serviços especializados. Avaliam, na generalidade, muito positivamente os cuidados recebidos, nomeadamente ao nível do planeamento familiar e contraceção, mas tendem a não identificar potenciais experiências de subqualidade nos atendimentos, não as relacionando posteriormente com eventuais consequências adversas.

No que diz respeito aos “Cuidados de saúde materno-infantis”, uma vez mais as mulheres tendem a reportar uma elevada satisfação com o atendimento e a qualidade dos cuidados recebidos durante a gravidez, associando a atenção recebida e a acessibilidade à condição de grávida. Tal como anteriormente descrito, nem sempre a satisfação inicialmente relatada é acompanhada de um discurso pleno de consciencialização de lacunas nos cuidados recebidos.

I33 (Guiné-Bissau): “Ele estava, tinha problema de sangue... Eu não sei porque ele morreu, porque ele nasceu bem e morreu. Esteve no hospital 2 meses e morreu. Nunca ninguém explicou para mim (...)”

K16 (Cabo Verde): “Problemas de seguimento durante a gravidez ainda não detetei.”

No que concerne à subcategoria “Dificuldades e estratégias para as ultrapassar”, observa-se que algumas imigrantes são propensas a revelar barreiras linguísticas (que não identificaram como existentes

anteriormente). Destaca-se, no entanto, a reclamação ativa de uma imigrante cabo-verdiana que se sentiu compelida pela médica da Maternidade para a colocação de um implante subcutâneo.

V36 (Cabo Verde): “Eu disse “Mas que é isso?”, ela não me perguntou nada!, “Ah, vais ter de pôr isso!”, e eu disse “Mas vou pôr porquê? Por ordem de quem?” Depois ela “Há tanta gente a procurar isso e não tem, e tu estou-te a oferecer isso e estás a rejeitar!” (...) eu acho que isso não é bem, uma pessoa só põe implante se tu quiseses. E eu sei que isso não se deve pôr assim! Tem que fazer exame, não é, para ver essas coisa! (...) só pela maneira que ela me tratou, eu não punha na mesma!”

A “Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde” é reportada genericamente como muito boa e satisfazendo as necessidades e expectativas das mulheres. No entanto, voltam a emergir categorias de informação que algumas mulheres não identificam como comprometedoras da qualidade dos serviços recebidos, mas que dão conta de algumas dificuldades colocadas por parte de certos profissionais de saúde.

A não identificação destes aspetos como barreiras subliminares à equidade das práticas clínicas, quando presente, pode resultar de forma perniciosa em termos das “Consequências da qualidade de atendimento”. Salienta-se a experiência traumática anteriormente descrita, vivenciada por uma mãe cabo-verdiana que perdeu o primeiro filho, e que dá conta da falta de informação e diálogo de que esta mulher foi alvo por parte dos profissionais de saúde com quem contactou (quer devido, uma vez mais, a barreiras de comunicação e compreensão, quer devido a uma relação descuidada médico-paciente, independentemente do acompanhamento clínico que a mãe reporta como negligente).

I33 (Guiné-Bissau): “Nós na altura dói, e não fizemos nada. Mas metemos agora advogado, uns meses depois... Por negligência. ...só gostava que me tivesse explicado coisas. Mais nada.”

V36 (Cabo Verde): “Não, não estou a falar em negar... Eu é que não quis (usar contraceção). Quando quiser, eu ponho...”

Relativamente à subcategoria “Métodos anticoncetivos – Informação”, os serviços de consulta e planeamento familiar disponibilizados pelos cuidados de saúde primários são frequentemente elogiados e tidos como um exemplo de bom funcionamento pelas mulheres PALOP, que se consideram genericamente bem informadas no que concerne à contraceção.

K16 (Cabo Verde): “Acho que sim! Acho que estou bem informada!”

N35 (Cabo Verde): “Mais ou menos... (risos) às vezes tenho dúvidas!”

Ainda no que diz respeito à contraceção, subcategoria “Métodos anticoncetivos – Uso e decisão”, verifica-se que a escolha do método parte com regularidade de uma colaboração entre a própria mulher e um

profissional de saúde, sendo que, por vezes, mediada pela opinião do marido (nomeadamente no caso das Guineenses Muçulmanas).

I33 (Guiné-Bissau): “Para os pedir não, nunca tive problemas... Não costumo usar assim com muita frequência. Peço lá (CS), vou e peço. Eu é que sei o que escolho, com o marido.”

N35 (Cabo Verde): “(...) apresentaram-me vários métodos (equipa médica e de enfermagem, CS), e fui eu que escolhi este.”

Por fim, a última categoria informacional emergida diz respeito ao “Processo Migratório”, de onde se destacaram seis subcategorias: a) Tempo de estadia; b) Motivos subjacentes ao processo de migração; c) Adaptação ao país; d) Situação documental (percurso documental); e) Perceção sobre as Instituições de apoio; e f) Avaliação da experiência de migração. Nalgumas subcategorias transversalmente se observam reclamações recorrentes sobre a crescente burocratização do processo de autorização de residência, vistos de estudo e permanência, condutores à regularização da estadia destas mulheres. São incontáveis as histórias e experiências, vividas ou presenciadas em primeira mão que dão conta da inflexibilidade e desarticulação informacional entre os vários serviços estatais.

No que se refere ao “Tempo de estadia” em Portugal, procurou-se deliberadamente abranger mulheres com diferentes experiências no intuito de incrementar a compreensão sobre os fenómenos que foram sendo alvo de questionamento e análise. Neste sentido, a amostra é intencionalmente heterogénea de forma a permitir leituras diferenciadas sobre os percursos, barreiras e superações em contraponto com o tempo de permanência no nosso país.

I33 (Guiné-Bissau): “Há 6 anos.”

K16 (Cabo Verde): “Há 2 anos.”

N35 (Cabo Verde): “Há 7 anos!”

Numa breve exploração acerca dos “Motivos subjacentes ao processo migratório”, verifica-se que estes são muito distintos. Tendencialmente, as guineenses vêm acompanhando os maridos, apresentando percursos migratórios pautados pela reunificação familiar. Já as mulheres cabo-verdianas trazem cada vez mais inerente uma vontade de melhorar as condições de vida que existiam em Cabo Verde, nomeadamente através dos estudos.

I33 (Guiné-Bissau): “Vim com o marido. A vida lá (Guiné) não estava assim bem estabilizada, e viemos... ver se conseguia melhorar.”

K16 (Cabo Verde): “(...) por causa dos estudos, porque lá ...quando uma pessoa imigra, da nossa terra para aqui, tem mais condições de encontrar trabalho quando regressar.”

No que se refere à subcategoria “Adaptação ao país”, muitas vezes sobressai ainda algumas experiências racistas. Outros aspetos variados emergem, como o clima ou determinantes circunstanciais específicos.

I33 (Guiné-Bissau): “Difícil, muito difícil... meu português não é o melhor, e tinha dificuldades em entender...”

K16 (Cabo Verde): “É, a minha adaptação foi muito difícil! ...ainda está sendo muito difícil por causa do frio. Porque aqui é muito frio! Nunca sofri nenhum tipo de recriminação. Sempre... falaram comigo bem, receberam-me bem, eu não tenho nada a dizer.”

Considerando a subcategoria “Situação documental (percurso documental)”, aparecem as mais fortes fontes de descontentamento e prejuízos pessoais. A totalidade das imigrantes refere ter-se sentido discriminada, mal atendida ou mal informada, no decorrer do processo de legalização, independentemente da situação documental no presente.

K16 (Cabo Verde): “(...) em relação ao processo de residência, eu acho que está um bocadinho lento. (...)eu estou aqui há 2 anos, (...)eu renovei no dia 25 de janeiro, só vieram dar-me documento no dia 17 de janeiro! E eu tive que renovar nesse mesmo dia!, o documento outra vez! (risos) estava caducado!”

Este sentimento de insatisfação relativo à “Perceção sobre as Instituições de apoio” e insuficiência dos serviços é manifesta nomeadamente com relação às instituições estatais que superintendem a entrada e integração dos imigrantes no país. A maioria das imigrantes sente que o campo de ação destas instituições permanece cego às necessidades e dificuldades sentidas pelos imigrantes, independentemente das frequentes queixas que lhes fazem chegar. São inúmeras as consequências desta austeridade inflexível, que resulta como extremamente prejudicial para as imigrantes e, reversivamente, para o próprio país.

N35 (Cabo Verde): “Consulado de Cabo Verde, por acaso me apoiaram muito. Mas o resto, SEF? ...a última vez que fui lá fiquei 1 ano e tal sem documentos, à espera. Eu não tenho muito de bom a falar do SEF.”

V36 (Cabo Verde): “Ele (presidente do SEF) não está dando nada a ninguém, está-te a mandar para a tua terra sempre.”

Por último, no que diz respeito à “Avaliação da experiência de migração”, a maioria das pessoas consegue identificar aspetos positivos e negativos, sendo transversal um sentimento de crescimento pessoal, mas também de muitas dificuldades a superar.

I33 (Guiné-Bissau): “O que é que eu diria... tratam-me bem, as pessoas, nós somos bem acolhidos... Sim. Não fosse pelo meu filho..., seria melhor...”

V36: *“Nem tudo foi mau, nem todo o tempo que eu fui aqui foi péssimo, né? É só por causa mesmo de documento, é essa parte que... está a machucar mesmo muito, ...1 ano e tal?! Depois eles ficam ali, não diz sim nem não, uma pessoa fica com a vida parada à espera. E não pode fazer nada!”*

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, OBSERVAÇÕES E CONCLUSÕES PRELIMINARES...

Os imigrantes guineenses e cabo-verdianos, particularmente as mulheres, na sua diáspora em geral enfrentam, muitas vezes, dificuldades na integração precoce (devido a barreiras intrínsecas e externas), mas ao longo do tempo e entre as gerações, o processo de integração é geralmente bem-sucedido. Os principais mecanismos identificados como facilitadores desse processo foram a aquisição de cidadania / nacionalidade (tempo de permanência em Portugal), e gradual adoção da língua, cultura e costumes da sociedade de acolhimento - desenvolvimento de uma participação social ativa e cada vez mais adaptada.

Portugal tem mostrado forte compromisso em melhorar a integração dos imigrantes através de políticas inclusivas, favorecendo a legalização e aquisição de dupla cidadania (quando o país de origem o permite) e de reagrupamento familiar, apresentando uma lei extremamente inclusiva em termos de políticas de integração comparativamente com a União Europeia, nomeadamente no que respeita ao livre acesso aos cuidados de saúde de mulheres grávidas e mães recentes. No entanto, da lei à prática, há uma série de lacunas que concorrem para piorar sistematicamente os indicadores de integração e saúde da população imigrante.

Algumas dificuldades foram sentidas aquando da efetuação do trabalho de campo, nomeadamente na prossecução das entrevistas com as imigrantes guineenses. Apesar da excelente abertura por parte da associação cívica no Porto, a maioria da comunidade guineense residente nesta cidade é muçulmana. As especificidades culturais associadas à religião tornaram difícil aceder a estas mulheres, pelo que mediante marcação de entrevista, esta (a acontecer) apenas acontecia na presença do marido. Assim, todas as respostas recolhidas dos discursos das imigrantes guineenses devem ser lidas mediante esta grelha de contingência, sendo inegável a existência de algumas limitações na sua apreensão.

Da investigação que continua em curso, pode já apontar-se que a maioria das queixas conta com aspetos não abrangidos na legislação, que facilitam a interpretabilidade da lei e a sua usurpação por parte de quem recebe os imigrantes. A crescente burocratização associada às Instituições que o Estado Português disponibiliza para superintender e regular a entrada e integração dos imigrantes em território nacional tem vindo a ser extremamente danosa, vincando nos seus percursos de vida as vulnerabilidades decorrentes do processo migratório.

Investigação recente tem ainda demonstrado que mulheres provenientes do continente Africano apresentam diferenças sociobiológicas e culturais que podem contribuir para que consistentemente evidenciem piores resultados obstétricos e perinatais (baixo peso ao nascimento, e partos prematuros, mais complicações durante a gravidez, maior morbilidade e mortalidade materna) (Savona-Ventura, Buttigieg & Gatt, 2009). Estas mulheres também apresentam diferenças culturais relativamente aos cuidados obstétricos esperados e procurados, bem como perante perdas perinatais que podem causar problemas no atendimento e na gestão do processo terapêutico para os médicos assistentes. Por este motivo, é recomendável uma prestação de especial atenção relativamente aos conhecimentos e conceções das imigrantes, principalmente ao do coletivo Africano, a fim de melhorar a utilização e adequação nos padrões de procura dos cuidados adequados às suas necessidades, dada a presença de variados fatores que, a existir, tendem a concorrer sistematicamente para originar resultados de saúde adversos, nomeadamente na área da saúde materna e infantil (Savona-Ventura et al., 2009; Schutte et al., 2010; Reeske et al., 2011).

Através de procedimentos legais cegos às histórias individuais, aos objetivos pessoais, às intenções de concretização de projetos, à superlativa vontade de estudar e trabalhar para o progresso e melhoria das condições de vida, muitos cabo-verdianos e guineenses vêm-se forçados a regressar ao país de origem. Levam consigo a frustração que é conceber a destituição de si mesmos como cidadãos do Mundo numa encruzilhada legislativa, em busca de documentação e vistos de permanência. Outros subsistem nas sombras da ilegalidade, na coragem de quem não desiste, trabalhando com a dignidade possível, enterrando a semente da esperança, perseverante entre as estrelas e o Atlântico, ambicionando a paz e o progresso, a madrugada e o sol de uma luta fecunda, em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOGDAN, R. & BINKLEN, S. 1994. *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- BUNEVICIUS, R., et al. 2009. "Psychosocial risk factors for depression during pregnancy". *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88, 599-605.
- CALDAS, J. 2007. *Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública*, In VII Jornadas de Sociología de la UBA: Pasado, presente y futuro de la sociología: UBA/IGG, Buenos Aires: Argentina.
- CARBALLO, M. 2009. Communicable Diseases, In A. Fernandes and J. Miguel (Editors), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, (p. 53-70). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Lisboa.
- DIAS, S. & ROCHA, C. 2009. *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras*, A.C.p.a.l.e.D. Intercultural (Editor). Observatório da Imigração: Lisboa.
- ESSEN, B., et al. 2002. "Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?", *BJOG*, 109(6), 677-82.

- FEDELI, U., ALBA, N., LISIERO, M., ZAMBON, F., AVOSSA, F., & SPOLAORE, P. 2010. "Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy". *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(11), 1432-1437.
- FERNANDES, A. and J. MIGUEL. 2009. *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Lisboa.
- GUSHULAK, B., PACE, P. & WEEKERS, J. 2010. "Migration and health of migrants". In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- HARUTYUNYAN, R. 2008. "Pregnant African American women face barriers to health care". *The Associated Newspapers of Ceylon Ltd*. US Fed News Service, US State News.
- INGLEBY, D., et al. 2005. "The role of health in integration", In M. Fonseca & J. Malheiros (Editors), *Social integration and mobility: education, housing and health*, (p. 88-119). Centro de Estudos Geográficos: Lisboa.
- MALIN, M., & GISSLER, M. 2009. "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland". *BMC Public Health*, 9, 84.
- OMS. 2010. *Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.
- PADILLA, B. and MIGUEL, J. 2009. "Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action", In A. Fernandes and J. Miguel (Editors), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*. (p. 15-22). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Lisboa.
- REESKE, A., et al. 2011. "Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database", 2004-2007. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11.
- RUMBOLD, A., et al. 2011. "Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative". *BMC Pregnancy & Childbirth*, 11.
- SAVONA-VENTURA, C., BUTTIGIEG, G. & GATT, M. 2009. "Obstetric outcomes in immigrants of African nationality". *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 21, 147-152.
- SCHUTTE, J.M., et al. 2010. "Rise in maternal mortality in the Netherlands". *BJOG*, 117(4), 399-406.